

Ocena delazmožnosti onkoloških bolnikov – pogled specialista družinske medicine in specialista medicine dela, prometa in športa

Work ability assessment of cancer patients – a family doctor's view and a occupational medicine doctor's view

Pekarovič Džakulin Vesna

Korespondenca : Vesna Pekarovič Džakulin, dr.med., spec.
Diagnostični center Šentjur, Ulica Dušana Kvedra 27, 3230 Šentjur
E-mail: vesna.pekarovic@dc-sentjur.si
Poslano / Received: 08.04.2018
Sprejeto / Accepted: 16.4.2018
doi:10.25670/oi2018-009on

IZVLEČEK

Rak spada med najpogostejše bolezni našega časa. V Sloveniji vsako leto zbolijo za rakom že okoli 13.500 ljudi. S starostjo se nevarnost bolezni povečuje. Toda, ne pozabimo, med nami živi okoli sto tisoč bolnikov in bolnic z rakom, kar pomeni, da rak ni več smrtna, ampak kronična bolezen. Prav staranje prebivalstva in podaljševanje delovne dobe pa nas postavlja pred pomembno dilemo o tem, ali je delo za »onkološkega« bolnika škodljivo ali pa morda celo koristno. Delo lahko človeku predstavlja pomemben del samospoštovanja, mu nudi socialno okolje in finančni zaslužek, kar je treba upoštevati pri načrtovanju zdravljenja in rehabilitacije. Ocenjevanje delazmožnosti bolnika, ki je prebolel raka, je za zdravnika pogosto težavno, saj se mora odločati med dostopnimi objektivnimi medicinskimi izvidi in posameznikovim osebnim doživljanjem bolezni ter njegovimi pričakovanji.

Ključne besede: bolnik z rakom, vračanje na delo, zmožnost za delo, ocenjevanje delazmožnosti

ABSTRACT

Cancer is among the most common diseases of our time. Each year, about 13.500 people get cancer in Slovenia. The risk of disease increases with age. There are about 100.000 cancer survivors living in Slovenia, meaning cancer can no longer be considered a mortal disease but rather a chronic illness. Population aging and the prolonging length of service put us before a dilemma whether work is harmful or beneficial to a cancer patient. Work is often viewed as an important component of one's self-esteem, a source of social support, and a means of financial income. As work remains a goal for some patients, it requires direct attention by the providers of treatment and rehabilitation. Assessing work ability in cancer survivors is often difficult for a physician because they must decide between the available objective medical records and the individual's perception of and expectations for the disease.

Keywords: cancer patient, return to work, work ability, assessing work ability

1. UVOD

Če pogledamo z nekoliko širše perspektive, lahko ugotovimo, da med temeljna izhodišča za zdravje spadajo mir, ustrezno bivanje, prehrana, izobraževanje, socialna pravičnost in tudi zmožnost za delo (2).

Delazmožnost je opredeljena kot zmožnost posameznika, da uspešno opravlja svoj poklic s polnim delovnim učinkom in brez škode za svoje zdravje. Na delazmožnost vplivajo psihične in telesne lastnosti posameznika, bolezni in obremenitve delovnega

mesta. Ocenjevanje delazmožnosti bolnika je za zdravnika pogosto težavno, saj se mora odločati med dostopnimi objektivnimi medicinskimi izvidi in posameznikovim osebnim doživljanjem bolezni ter njegovimi pričakovanji (2).

Zaradi zgodnejšega odkrivanja bolezni in usmerjene terapije so danes bolniki z rakom, bolj kot kadarkoli prej, zmožni za delo med ali pa takoj po koncu primarnega zdravljenja. Kljub temu, da rak ostaja življenje ogrožajoča diagnoza, živi več bolnikov dlje in bolj polna življenja kot v preteklosti. Poimenovanje »bolj

polna življenja« pomeni, da ostaja nekaterim bolnikom delo eden izmed ciljev njihovega življenja, zato je treba posebno pozornost nameniti pravočasnemu vračanju na delo. Delo pomembno vpliva na človekovo samozavest, je vir socialne podpore, finančnega zaslužka, z delom se lahko zamoti pred obremenjujočimi mislimi in si ponovno zapolni življenje s smiselnimi cilji in dosežki (3).

V več študijah je bilo dokazano, da ima lahko dolg bolniški stalež resne dolgoročne posledice na delazmožnost bolnika, izguba službe pa vpliva na pomembno poslabšanje psihičnega in fizičnega zdravja ter na povečanje umrljivosti (4, 5).

Znani so številni dejavniki, tako na strani delavca kot delodajalca, ki napovedujejo podaljšano nezmožnost za delo (6):

- Percepcija, da gre za fizično naporno delo.
- Percepcija, da dela ni možno prilagajati.
- Stresno, psihično naporno delo.
- Pomanjkanje razumevanja od sodelavcev in vodij.
- Nezadovoljstvo z delom.
- Pričakovanje slabega okrevanja po bolezni.
- Strah pred ponovitvijo bolezni.
- Minimalna možnost prilagajanja delovnega mesta in postopnega vračanja na delo.
- Ročno delo, pomembne biomehanske zahteve, ki jih ni možno začasno spremeniti.
- Izmenko delo, delo ob koncih tedna.
- Nezainteresiranost delodajalcev.

V metaanalizi, ki so jo opravili leta 2009, so želeli ugotoviti povezavo med bolniki, ki so preboleli raka, in njihovimi zaposlitvenimi statusi. V analizo so vključili 36 študij in 20.366 bolnikov, ki so preboleli raka. V kontrolno skupino je bilo vključenih 157.603 zdravih oseb. Pri tem je bilo 16 študij opravljenih v ZDA, 15 v Evropi in 5 drugje. Ugotovili so, da so bili bolniki, ki so preboleli raka, bolj verjetno nezaposleni kot osebe v kontrolni skupini (33,8 % proti 15,2 %; skupno relativno tveganje 1,37; 95 % CI, 1,21–1,55). Nezaposlenost je bila večja v skupini bolnic, ki so prebolele rak dojke v primerjavi s kontrolno skupino (35,6 % proti 31,7 %; skupno relativno tveganje 1,28; 95 % CI, 1,11–1,49), pri bolnikih z gastrointestinalnim rakom (48,8 % proti 33,4 %; skupno relativno tveganje 1,44; 95 % CI, 1,02–2,05) in pri bolnicah z rakom rodu (49,1 % proti 38,3 %; skupno relativno tveganje 1,28; 95 % CI, 1,17–1,40). Stopnja nezaposlenosti ni bila večja pri bolnikih s hematološkim rakom (30,6 % proti 23,7 %; skupno relativno tveganje 1,41; 95 % CI, 0,95–2,09), z rakom prostate (39,4 % proti 27,1 %; skupno relativno tveganje 1,11; 95 % CI, 1,00–1,25) ali rakom testisov (18,5 % proti 18,1 %; skupno relativno tveganje 0,94; 95 % CI, 0,74–1,20). Po prilagoditvi glede diagnoze, starosti bolnikov in ozadja tveganja za nezaposlenost je bilo tveganje za nezaposlenost v Evropi in ZDA zelo podobno (7).

Odločitev o nadaljevanju ali prekinitvi dela pri bolnikih z rakom je v nekaterih zdravstvenih sistemih povezana z oblikami zdravstvenega zavarovanja in načinom plačevanja zdravstvene oskrbe, odvisna pa je tudi od vrste dela, zaslužka in socialnega položaja bolnika.

Pregled literature kaže, da sta nepodporno delovno okolje in ročno delo povezana z nižjo stopnjo vračanja bolnika na delo. Poleg stopnje vračanja bolnika na delo pa je treba upoštevati tudi pojav problemov, ki so povezani z delom, kot so zaupanje bolnika v svojo delazmožnost, spremembe v delovni učinkovitosti in verjetnost, da bo bolnik vztrajal pri delu ob pojavu akutnih, kroničnih ter poznih stranskih učinkov raka in zdravljenja (3).

2. DEJAVNIKI, KI VPLIVAJO NA DELAZMOŽNOST ONKOLOŠKIH BOLNIKOV

Pri zdravstveni obravnavi bolnika z rakom se je pomembno zavedati pomena dela za človeka in v anamnezi bolniku postaviti tudi več vprašanj v povezavi z njegovim delom. Na takšen način lahko izvemo, kakšna so pričakovanja in strahovi bolnikov v povezavi z delom in tudi z njihovo prihodnostjo.

V eni redkih prospektivnih študij s tega področja so identificirali nekaj neodvisnih dejavnikov tveganja, povezanih z neuspešnim vračanjem na delo pri bolnikih z rakom pljuč, rakom centralnega živčnega sistema, hematološkim rakom, limfomi ter rakom glave in vratu. Med njimi so bili izpostavljenost kemoterapiji in radioterapiji, hujša utrudljivost, stiska, starost nad 50 let, naporno fizično delo, nizka ocena lastne delazmožnosti, bolniški stalež krajši od 12 tednov, majhen občutek pripadnosti podjetju, prepričanje, da delo za njih ni normalno stanje in odsotnost pogoste komunikacije z nadrejenimi (8).

Percepcija bolnikov, ki so preboleli raka, o zmanjšani delazmožnosti je povezana z visoko stopnjo anksioznosti, s komorbidnostjo in s kemoterapijo (9, 10).

Na drugi strani je percepcija bolnikov, ki so preboleli raka, o boljši delazmožnosti povezana z veliko predanostjo delovni organizaciji in dobro socialno podporo pri delu (11).

3. VRAČANJE NA DELO

V študiji bolnic po mastektomiji so navedli, da ima lahko samo enostavno svetovanje specializirane medicinske sestre o pomembnosti vračanja na delo, skupaj s socialnimi aktivnostmi in nasveti o telesni aktivnosti pomemben vpliv na stopnjo vračanja na delo (skupina s svetovanjem 76 %, kontrolna skupina 54 %) (12).

V Sloveniji ima specialist družinske medicine oz. zdravnik splošne medicine osrednjo in dolgoročno vlogo pri vodenju svojih bolnikov z rakom.

Začasno nezmožnost za delo ločimo na absolutno nezmožnost za delo, ki je posledica narave bolezni in ni odvisna od obremenitev na delovnem mestu, in na relativno nezmožnost za delo, ki je odvisna od delovnega mesta. Trajna nezmožnost za delo pomeni invalidnost, ki je lahko različnih stopenj.

Pri ocenjevanju zmožnosti za delo nastopa osebni zdravnik kot izvedenec, specialisti ožje stroke (onkologi, kirurgi, medicinci dela ...) pa kot svetovalci. Če osebni zdravnik meni, da zavarovanec po 30 dneh še vedno ni sposoben za svoje delo, mora poslati predlog imenovanemu zdravniku, ki z odločbo podaljšuje bolniški stalež. V primeru trajne nezmožnosti za delo ali bolniškega staleža, ki je daljši kot eno leto, je treba bolnika napotiti na invalidsko komisijo.

Vrnitev v delovno okolje lahko bolnikom predstavlja eno od potrditev, da so preboleli raka, zato bo v nadaljevanju predstavljen eden od možnih praktičnih pristopov za optimizacijo dela (Tabela 1) (3).

Tabela 1: Praktičen pristop za optimizacijo dela pri bolnikih, ki so preboleli raka

Rdeče zastavice	Ocena		Napotitev
<ul style="list-style-type: none"> Starost nad 50 let Komorbidnost Negativna percepcija zdravja Simptomi: <ul style="list-style-type: none"> Kognitivna okvara Depresija Bolečina Omejitve pri fizičnih aktivnostih Utrujenost Vročinski valovi Slabo duševno zdravje Slabo počutje Nizka socialna podpora Nizka vitalnost 	<ul style="list-style-type: none"> Ali bi radi delali? Ali so pričakovanja glede dela nerealna? Ali ovire za delo pomenijo velik problem? Ali so sposobnosti spoprijemanja s težavami in uporabe virov pomoči nezadostne? 	<p>DA</p> <p>NE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Specializirana medicinska sestra Klinični psiholog Nevropsiholog Fizioterapevt Delovni terapevt Svetovalec za poklicno rehabilitacijo Komplementarna podpora Pravni svetovalec Vodja primera Bolnikov pooblaščenec <p>Odložitev aktivnosti na naslednji obisk</p>

4. OCENJEVANJE DELAZMOŽNOSTI S STRANI MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA

Delodajalec je najpogosteje napotovalec in plačnik pregleda pri specialistu medicine dela, prometa in športa. Izjema so napotitve na poklicno rehabilitacijo, ki potekajo v rehabilitacijskih centrih, kjer je glavna omejitev dolga čakalna doba. Pri odločanju o delazmožnosti morajo zdravniki odgovoriti na naslednja temeljna vprašanja (2):

- Ali delavec lahko dela na delovnem mestu brez nevarnosti, da bi s tem ogrožal zdravje in življenje sebe ali drugih?
- Ali se od delavca lahko pričakuje določen (s strani delodajalca) delovni učinek, ali pa bo njegovo delo oviralo delovni proces?
- Kako dolgo lahko pričakujemo delovno učinkovitost brez nevarnosti za okvaro zdravja?
- Ali lahko prilagajanje dela delavcu ali delavca delu izboljša njegovo delovno zmogljivost?

Ko ocenjujemo delazmožnost bolnika moramo torej razmišljati o funkcionalnem stanju in toleranci bolnika na eni strani in o oceni tveganja ter možnih prilagoditvah delovnega mesta na drugi strani. Pri vsem tem je zelo pomembno usklajeno sodelovanje delodajalca, delavca, izbranega osebnega zdravnika, lečečih specialistov in medicince dela, ki morajo biti skupaj motivirani za uspešno vrnitev delavca nazaj na delo.

Pri bolnikih, ki so preboleli raka, so tveganja v povezavi z delom lahko posledica kemoterapije ali druge terapije. Če pri kliničnem pregledu ali z elektromiografijo potrdimo periferno nevropatijo, so pri bolniku lahko prisotne motnje ravnotežja, ki ga omejujejo pri delu na višini. V primeru zdravljenja s kortikosteroidi je lahko prišlo do nastanka osteoporoze, ki pomeni omejitev pri delu, kjer so nevarnosti padcev in pri dvigovanju težkih bremen. Ko gre za supresijo imunskega sistema so potrebne omejitve pri delu z bolnimi živalmi ali ljudmi in pri izpostavljenosti glivam (npr. vrtnarjenje). Kot posledica zdravljenja je lahko ostala rezidualna miopatija in je smiselna ocena rezidualne funkcijske kapacitete. V primerih kardiopulmonalne toksičnosti kemoterapije je pri bolniku možno opraviti obremenitveno testiranje za oceno telesne kondicije. Podobno negativen učinek na bolnikovo telesno zmogljivost imajo lahko nekateri operativni posegi (npr. pulmonektomija) in anemija. Nekoliko težje je oceniti prenašanje posledic terapije raka, ki se kažejo kot slabosti, bruhanje, driska, utrujenost in bolečine (3).

5. ZAKLJUČEK

Vsi zdravniki se morajo zavedati pomena dela za bolnika. Delo je lahko pomemben del rehabilitacije, ki pospešuje okrevanje po bolezni. Eden od ciljev rehabilitacije bolnikov z rakom bi tako morala biti tudi uspešna vrnitev na delo, ki je pogosto postopna in jo je treba skrbno načrtovati ter pri tem uporabiti pomoč multidisciplinarnega tima.

Z namenom, da bi lahko dosegli največjo funkcionalno sposobnost in produktivnost, je treba upoštevati tako posameznika kot tudi delovno mesto.

Ocenjevanje delazmožnosti bolnika, ki je prebolel raka, je za zdravnika pogosto težavno, saj se mora odločati med dostopnimi objektivnimi medicinskimi izvidi in posameznikovim osebnim doživljanjem bolezni ter njegovimi pričakovanji.

Ob vsem tem pa se je v realnem svetu treba zavedati, da zaradi različnih zavestnih ali pa tudi podzavestnih mehanizmov bolnik včasih dela ne doživlja več kot nekaj pozitivnega ali osrečujočega, temveč mu postane breme in tako pogosto verjame, da je delo vzrok nastanka njegove bolezni. To je še posebno značilno pri težaških in slabo plačanih delih, pri slabih medosebnih odnosih z nadrejenimi ali sodelavci, ki človeka telesno in psihično izčrpava (13).

LITERATURA

1. Pridobljeno 25. 4. 2018 s spletni strani: http://www.slora.si/c/document_library/get_file?uuid=64699ef2-8270-4ea1-8642-7eac213238dc&groupId=11561
2. Bilban M. Medicina dela. Zavod za varstvo pri delu, Ljubljana; 1999.
3. Feuerstein M, Bruns GL. Hematology/Oncology. In Talmage JB, Melhorn JM, Hyman MH. AMA guides to the evaluation of work ability and return to work.-2nd ed., American Medical Association, Chicago, Illinois, 2011: 399–408.
4. Wallman et al. The prognosis for individuals on disability retirement: an 18-year mortality follow-up study of 6887 men and women sampled from the general population. BMC Public Health 2006.
5. Barth RJ, Roth VS. Health benefits of returning to work: review of literature. Occup Environ Med Rep. 2003.
6. Rinker J, Dinenberg RE, Zappsterra M, Pransky G. Disability management & Prevention. Current Diagnosis & Treatment. 5th ed. 2014; 51–62.
7. Feuerstein M, Bruns GL. Hematology/Oncology. In Talmage JB, Melhorn JM, Hyman MH. AMA guides to the evaluation of work ability and return to work.-2nd ed., American Medical Association, Chicago, Illinois, 2011: 399–408.
8. De Boer AGEM, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJH, Verbeek JHAM. Cancer survivors and enemployment: a meta-analysis and meta-regression. JAMA. 2009; 301(7): 753–762.
9. Verbeek J, de Boer A, Taskila T. Primary and occupational health care providers. In: Feuerstein M, ed. Work and Cancer Survivors. New York, NY: Springer; 2009.
10. Gudbergsson SB, Fossa SD, Dahl AA. A study of work changes due to cancer in tumor-free primary-treated cancer patients. A NOCWO Study. Supportive Care in Cancer. 2008; 16(10): 1163–1171.
11. Taskila T, Martikainen R, Hietanen P, Lindbohm ML. Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. Eur J Cancer. 2007; 43: 914–920.
12. Maguire P, Brooke M, Tait C, Sellwood RR. The effect of counseling on physical and social recovery after mastectomy. Clin Oncol. 1983; 9: 319–324.
13. Bilban M in sod. Medicina dela za zdravnike družinske medicine. ZZD Združenje za medicino dela, prometa in športa, Ljubljana; 2002.